

**Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_**  
**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на проведение стоматологического лечения для ДЕТЕЙ**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

г. Москва

**Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».**

Я (мать, отец, опекун – нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

являясь законным представителем ребёнка \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. ребенка, возраст)

Находящегося на лечении в стоматологическом центре ООО «Александрия 24» по добровольному согласию прошу провести все необходимые исследования и мероприятия, согласно плану лечения, изложенного в медицинской карте.

1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о предстоящем лечении:

1.1. Диагноз \_\_\_\_\_

1.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

1.3. Индивидуальный план лечения.

1.4. Возможность корректировки плана и технологии лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в ходе лечения, о чем меня уведомит врач.

1.5. Возможные альтернативные варианты, а именно:

- удаление пораженного зуба (зубов);

- на проведение лечения;

- \_\_\_\_\_

1.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, как-то: прогрессирование воспалительного процесса; перехода воспаления на зачаток постоянного зуба; потеря зуба; появление/нарастание болевых ощущений; нарушения общего состояния организма; ускоренное развитие осложнений, обусловленное особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области у детей.

1.7. Возможные последствия местной анестезии, как-то: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции. После анестезии чувствительность тканей значительно снижена, поэтому ребенок может травмировать щеки, губы.

1.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков, как-то: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры.

1.9. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:

- определенный процент (5-10%) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также вследствие индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и общего состояния его здоровья;

- необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба.

1.10. Лечение осложненных форм кариеса молочных зубов может проводиться в два или три посещения. Выбор методики лечения проводит врач с учетом всех существенных факторов.

1.11. После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление коронковой части зуба: постановка пломбы или коронки, если зуб разрушен более, чем на 1/3.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

3. Мне сообщены, разъяснены и согласованы со мной:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться при лечении;

- сроки проведения лечения;

- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. Мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

4. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение индивидуальных профилактических рекомендаций лечащего врача.

5. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительно:

- рентгеновский снимок,
- консультация врача иного профиля.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я принимаю решение приступить к лечению ребенка на предложенных условиях. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

**Подпись представителя пациента** \_\_\_\_\_  
(мать, отец, опекун - **нужное подчеркнуть**)

Ф.И.О. (полностью)

**Подпись Врача** \_\_\_\_\_